Diverticule pré-vatérien congénital et cancer de l'ampoule de Vater déterminant une obstruction biliaire, par M. Ch. Le Roy, interne des hôpitaux.

Au numéro 19, de la salle Saint-Joseph, à l'hôpital de la Charité, arrive le 20 mars 1900, une femme de 64 ans, Mathilde, ménagère. Sa mère vit encore et a 84 ans. Le père est mort dans un asile d'aliénés.

A 22 ans, ictère catharral bénin. Il y a dix ans, fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

Il y a 5 mois, elle eut des douleurs un peu en dessous de l'extrémité antérieure de la 11e côte droite ; ces douleurs survenaient quand elle marchait ou faisait un mouvement. Nous ne pouvons apprendre de cette femme, qui est sourde et flamande, si ces douleurs apparaissaient brusquement ou lentement. Nous savons cependant qu'elles s'irradiaient suivant le grand et le petit nerf abdomino-génital. Quelques nausées surviennent et l'amaigrissement commence pour suivre une marche progressivement croissante.

Il y a un mois, elle constate que ses urines sont très foncées, que ses selles ressemblent à du mastic et s'effraie de se voir des téguments jaunâtres.

Dès cet époque, elle garde le lit. Les nausées sont fréquentes, mais il y a peu de vomissements qui sont toujours aqueux.

A son entrée, la peau est jaune-citron très accentuée.

Les conjonctives sont également très jaunes. L'amaigrissement est très prononcé. Elle se plaint de douleurs dans la région hépathique, particulièrement au niveau de la vésicule biliaire. Ces douleurs sont plus prononcées la nuit; elles surviennent lentement en s'accroissant continuellement, et durent 2 ou 3 heures. Elle accuse aussi de la céphalée, et des démangeaisons très désagréables sur tout le corps. Les urines ont une forte teinte acajou, et les réactions de Petenkofer et de Gmelin y décèlent une quantité de pigments biliaires. Des selles très décolorées surviennent par morceaux de la grosseur d'une noix. Constipation légère.

Dans son ensemble, le foie déborde de 7 centimètres les dernières côtes. Il ne semble pas déformé. Sa surface est lisse. Son bord est normal. La vésicule biliaire est hydropique et de

la grosseur d'un œuf. Quatre jours après l'entrée, elle semble en partie vidée du liquide qu'elle devait contenir. La malade tousse un peu.

Elle ne prend que du lait et des œufs, et a une grande répugnance pour les graisses.

On lui donne des bains alcalins contre les démangeaisons.

Rapidement fatiguée de l'hôpital, elle nous quitte le 5 avril, pour revenir le 30 juin après un séjour dans un hôpital de Belgique.

L'amaigrissement est encore plus accentué depuis son départ. Démangeaisons intenses. On constate toujours un foie lisse qui déborde les fausses côtes. La vésicule biliaire est encore douloureuse et grosse comme au début de son premier séjour. Mêmes selles, mêmes urines. L'appétit est nul ; l'ictère est encore plus marqué ; il est maintenant jaune verdâtre. Le pouls est très lent. Pas de fièvre.

Mort le 3 juillet. L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures plus tard. Le cadavre est très émacié, uniformément jaune verdâtre.

Le foie est très gros, vert brun foncé. A la coupe, les canaux biliaires apparaissent extrêmement et régulièrement distendus en tous les points. Ils sont remplis de pus. La vésicule biliaire est trois ou quatre fois plus grosse que normalement. Le canal cholédoque, distendu également, a un diamètre de trois centimètres et demi à quatre centimètres. A première vue, on le prend pour un segment d'intestin distendu. La paroi est mince, de couleur normale, aucun calcul dans ces voies biliaires.

L'orifice du cholédoque à l'ampoule de Vater est obstrué par une petite tumeur circulaire, dont l'ensemble est de la grosseur d'un gros pois. En l'examinant attentivement, on constate que sa surface est légèrement granuleuse et que son centre, correspondant au centre de l'ampoule, peut laisser passer, bien qu'avec difficulté, un très fin stylet. Sa consistance est dure. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un cancer. Ni au hile du foie, ni partout ailleurs, on ne trouve de propagation ganglionnaire.

En arrière de l'ampoule de Vater, sur la paroi duodénale, on trouve un diverticule. Il ressemble à une fossette sphérique, régulièrement arrondie. Son orifice est régulièrement circulaire,

formé par une plicature de la muqueuse. Il mesure 9 millimètres de diamètre.

La cavité du diverticule présente un diamètre transversal à peine plus grand de 2 millimètres que son orifice. La profondeur est de 1 centimètre. La paroi interne est lisse, de la couleur de la muqueuse intestinale voisine, sans trace d'irritation aiguë ou chronique.

A l'intérieur, en disséquant attentivement le duodénum, on trouve à son niveau une légère saillie, bien limitée, pouvant se déprimer facilement et ne pénétrant pas dans la tête du pancréas.

Par transparence, on constate seulement que le diverticule est un peu plus mince que la paroi duodénale.

La rareté de ce genre de malformation, jointe à la coexistence d'un cancer de l'ampoule de Vater, nous ont décidé à présenter ce cas à la Société.

Jusqu'à ce jour quatre cas seulement ont été publiés par Letulle et Nattan-Larrier, P. Marie et Gandy.

Toujours il s'est agi de dépression siégeant dans le voisisinage immédiat de l'ampoule de Vater. Tantôt elle est à cavités multiples entourant l'ampoule et séparées par des replis de la muqueuse. Tantôt elle est unique, c'est le cas le plus fréquent. Le cas de Gandy differait par le siège qui se trouvait à 9 centimètres de l'ampoule et à 17 centimètres de la valvule pylorique.

Les observateurs ont tous noté qu'il s'agissait-là d'un diverticule à paroi intestinale normale. Avant toute coupe microscopique, à l'œil nu par transparence, on note une muqueuse amincie, des muscles s'arrêtant au pourtour de la cavité, ou empiétant très légèrement sur sa surface, et un tissu adipeux périduodénal normal. Le pancréas est toujours sain. La microscope décèle la structure normale de chacun de ces élements anatomiques, glande de Brunner, glandes de Liberkuhn, etc. Il ne s'agit pas là de tissu de cicatrice.

Cette structure histologique normale de la paroi, fait chercher une explication étiologique dans un trouble de la

croissance intra-utérine. A cette époque, la région duodénale est fortement bouleversée par le développement du bourgeon hépatico-pancréatique. Il y a là, dès les premiers temps de la vie embryonnaire, un remaniement capital d'où doivent naître le foie et les premières végétations des glandes pancréatiques. Aussi, les anomalies du pancréas définitif et de ses deux canaux excréteurs sont-elles beaucoup plus fréquentes que les déformations de la paroi intestinale proprement dite. Celles-ci sont à rapprocher du diverticule de Meckel et des deux cas de diverticules intestinaux, l'un à 1 mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, l'autre à 30 centimètres environ du cœcum, cités par Doutrebende et Gombault dans les *Annales médico-psychologiques* de 1899. Ces auteurs se sont demandé s'il s'agissait d'un simple accident de développement, d'une anse intestinale avortée, d'un diverticule semblable au cœcum. Et comme il s'agissait d'aliénés, ils se demandent si ce n'est pas un retour à la forme atavique primitive, et en font des stigmates internes de dégénérescence.

Et maintenant, que peut-il advenir de ce diverticule prévatérien ? On pourra constater une partie des phénomènes qui se passent dans le diverticule de Meckel ou dans l'appendice cœcal. Nattan Larrier fit sortir de l'une des cavités deux grains de raisin, par la pression. Il est évident que des corps étrangers plus considérables pourraient y pénétrer, et par leur présence prolongée y causer des phénomènes d'irritation et d'obstruction de l'orifice. Sans doute, le péritoine n'est pas voisin comme sur l'appendice ou le diverticule de Meckel et, de ce chef, les complications comportent un pronostic moins grave. Mais, la cavité se trouve extrêmement voisine du canal cholédoque qui, dans plusieurs de ces cas, longeait l'une de ses faces sur une distance d'un centimètre. Le grand danger sera donc une obstruction de la grande voie biliaire, soit par le corps étranger de la cavité, soit par l'inflammation de voisinage qu'il provoque.

Dans notre cas, nous nous demandons si le cancer de l'ampoule, examiné par M. Augier, n'a pas été provoqué par les irritations répétées d'un seul corps restant dans la cavité un temps plus ou moins long, ou une série de corps y entrant ou en sortant.

Ou bien la présence simultanée du diverticule et du cancer seraient-ils dus à une simple coïncidence ? C'est possible.

Cependant, si la théorie de l'apparition d'un cancer sur les points irrités est vraie, nous croyons avoir le droit de faire de celui-ci une conséquence pathologique de la malformation.

Notre ami, M. Gérard Pujebet, a bien voulu faire le dessin de la pièce, qui montre très exactement le diverticule et la tumeur vatérienne.

Pleurésie purulente. — Pleurotomie. — Mort. — Par M. Guilluy, externe des hôpitaux.

Le 6 novembre 1900, entre dans le service de M. Desplats le nommé Alfred D..., âgé de 55 ans. Ce malade tousse depuis environ un an. Il aurait eu quelques crachats teintés de sang ; ne signale pas d'autre maladie. Doigts en baguette de tambour (très prononcé). Vers le milieu d'octobre, il tombe sur la poitrine, où depuis il se plaint de douleurs persistantes. Le lendemain, dans la journée, il a un point de côté violent vers la ligne mamelonnaire droite ; il continue à travailler jusque vers le milieu de l'après-midi. Quelques sueurs le soir, et il se couche.

Le 6 novembre, il entre à l'hôpital, et on diagnostique une pleurésie droite avec épanchement remontant jusque vers la huitième côte en arrière. Cataplasmes et ventouses scarifiées. Potion au salicylate de soude. État général assez bon. Pas de fièvre.

Le vendredi 9, l'épanchement a augmenté et remonte jusqu'à la septième côte. Pas de fièvre. Le malade continue à tousser et à cracher un peu. Crachats spumeux. Râles crépitants sous l'asiselle droite.

Le lundi 13, augmentation de 2 centimètres dans la hauteur de l'épanchement. Les râles crépitants de l'aisselle occupent une surface plus étendue. Pas de fièvre.

Le mardi 13, légère élévation de la température jusqu'à 38°. État général bon. Les râles crépitants sont séparés par des zônes de râles plus gros et plus humides.

En avant, sonorité skodique. Le soir, la fièvre monte de 0°2 au-dessus de la température du matin.

Le 14, on décide de pratiquer la thoracentèse à cause de l'accroissement continu de l'épanchement et de la dyspnée. Auparavant, après avoir introduit le trocart, on mesure la tension intrapleurale au manomètre à eau; les surfaces se séparent avec lenteur et l'on constate une distance de 10 centimètres entre les différences de niveau. Après aspiration dans le Potain, arrive un pus jaunâtre, verdâtre, grumeleux, très fétide et très épais. L'écoulement est très lent. On remet l'intervention au lendemain. C'est alors qu'on s'aperçoit de l'œdème de la paroi se surajoutant à l'ampliation thoracique. Le soir : 38°. L'examen bactériologique du pus a fait voir qu'il contenait des streptocoques et des saprophytes.

Jeudi 15. — Au matin le malade a 37°5. On décide de pratiquer la pleurotomie. Après avoir lavé et rasé la peau, on injecte dans le muscle, en trois fois, environ 0 gr. 75 de cocaïne; la peau est anesthésiée au chlorure d'éthyle. L'incision est faite entre la cinquième et la sixième côte. Il s'écoule environ deux litres de pus excessivement fétide. Deux gros drains dans la plèvre. Gaze iodoformée, ouate hydrophile, bandage de corps. Le malade prend un cordial; il a bien supporté l'opération. Une demi-heure après, la température est abaissée de 38° à 37°5. Expectoration comme la veille de crachats fibrineux et en partie noir grisâtres. Le soir, pansement; la température est remontée à 38°.

Samedi 17.— Pansement encore un peu purulent; les crachats sont plutôt un peu roses. Pas d'albumine dans les urines. Jambes œdématiées.

Dimanche 18. — Crachats collants et visqueux, un peu moins rosés, tirant sur le jaune. Pas de pneumoccoques ni de bacilles de Koch. A cause de la plaie, le malade éprouve de la dypsnée au moindre effort.

Lundi 19. — Point douloureux à 10 centimètres en arrière de l'incision. On ne peut tenir le malade au lit, il veut être assis à côté ou même se promener, on l'empêche au moins de circuler, mais on ne peut obtenir le repos absolu au lit.

Mardi 20. — Crachats très visqueux, mais jaunâtres. Depuis l'opération, continue à prendre potion de Todd et tisane de chiendent.

Jeudi 22. — Un peu de fièvre le soir. Agité dans la nuit. Questions excentriques. Le pansement suppure beaucoup. Au lieu de bandage de corps, on emploie bandes de toile.

Vendredi 23. — Après une rechûte de la température, il y a encore une légère élévation le soir. Même état mental. Crachats encore plus jaunes, plus visqueux et aussi abondants. A la base droite, en arrière, râles crépitants et matité. A cause de la bruyante dyspnée, on ne peut facilement ausculter le cœur; cependant on n'y trouve rien d'anormal. Les jambes sont de plus en plus œdématiées. Œdème dur, formant godet blanc. En arrière, au point douloureux des jours derniers, il s'est formé un abcès.

Samedi 24. — Ouverture de l'abcès qui ne semble pas venir de la plèvre. Le soir, pas de fièvre mais le subdélire et la légère agitation nocturnes continuent.

Dimanche 25. — Mêmes crachats, pansement sale, plus de fièvre que la veille, état mental bizarre.

Lundi 26. — Le subdélire continue, il voit quelqu'un dans son lit et ne veut s'y coucher. Le soir, vers 3 heures, il veut se jeter par la fenêtre. On ne parvient pas à lui faire une injection de sérum artificiel. Le malade meurt dans le délire à 8 heures 1/2.

Autopsie, faite par M. le professeur Augier.

La plèvre gauche est saine; la droite présente un épaississement total par pleurésie ancienne; à la limite du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, on trouve l'orifice de la pleurotomie.

Poumons. — Le lobe inférieur droit est en voie de suppuration et de gangrène et n'aurait pas tardé à s'éliminer. Quelques petits abcès communiquant avec les bronches. Congestion et œdème des deux poumons.

Glande thyroïde avec noyaux parenchymateux scléreux et kystiques. Adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse.

Appareil digestif. — Foie cardiaque pesant 1.900 grammes. Au lobule de Spiegel est appendu un angiome de teinte truffée, de consistance dure et du volume d'une petite noix. D'autres plus petits sont disséminés tant à la périphérie qu'à la profondeur. Rate supplémentaire grosse comme un œuf de poule.

Reins gros, pesant 230 à 290 grammes, ils sont polykystiques.

Cœur. — Le cœur est gros et pèse 200 grammes. Par transparence, on aperçoit un semis de points de dégénérescence graisseuse myocardique. Pas de lésions orificielles. Le péricarde est sain, sauf la partie du feuillet pariétal qui touche à la plèvre droite malade ; en ce point, il y a épaississement fibreux sans adhérences. Athérome de l'aorte.

Appareil génital. — On découvre un varicocèle double plus prononcé à gauche.

Quelles conclusions tirer de cette observation ? La première, c'est qu'il faut se méfier de ces pleurétiques qui, sans avoir de fièvre, présentent des états mentaux bizarres en ayant du subdélire et de l'agitation, il faut craindre, chez eux, une pleurésie purulente qui se développe très lentement, et cette lenteur serait peut-être la cause de la non-élévation de température.

Et puis, il ne faut pas craindre, lors de la pleurotomie, de pratiquer l'ouverture trop bas, il arrive bien souvent qu'on la fait à un niveau trop élevé et l'on s'expose alors à ne pas vider complètement la poche pleurale où s'est amassé le liquide purulent. L'incision, au point le plus déclive, permet au contraire au pus de s'évacuer plus librement et donne ainsi aux antiseptiques une action plus grande et plus efficace.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Séance du 27 novembre 1901. — Présidence de M. Delassus, président

---

Étaient présents : MM. Besson, Bosquier, Camelot, Desplats, Faucon, Lavrand, Lemière.